

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Model Konsep Keperawatan Virginia Henderson

2.1.1 Definisi Keperawatan Virginia Henderson

Harmer dan Henderson (1995, dalam Potter, 2005 : 274) mengemukakan teori keperawatan Virginia Henderson mencakup seluruh kebutuhan dasar seorang manusia. Henderson (1964, dalam Potter, 2005 : 274) mendefinisikan keperawatan sebagai membantu individu yang sakit dan yang sehat dalam melaksanakan aktivitas yang memiliki kontribusi terhadap kesehatan dan penyembuhannya, dimana individu tersebut akan mampu mengerjakannya tanpa bantuan bila ia memiliki kekuatan, kemauan, dan pengetahuan yang dibutuhkan. Hal ini dilakukan dengan cara membantu mendapatkan kembali kemandiriannya secepat mungkin.

2.1.2 Kebutuhan Dasar Manusia Menurut Virginia Henderson

1. Bernafas secara normal.
2. Makan dan minum dengan cukup.
3. Membuang kotoran tubuh.
4. Bergerak dan menjaga posisi yang diinginkan.
5. Tidur dan istirahat.
6. Memilih pakaian yang sesuai.

7. Menjaga suhu tubuh tetap dalam batas normal dengan menyesuaikan pakaian dan mengubah lingkungan.
8. Menjaga tubuh tetap bersih dan terawat serta melindungi integumen.
9. Menghindari bahaya lingkungan yang bisa melukai.
10. Berkomunikasi dengan orang lain dalam mengungkapkan emosi, kebutuhan, rasa takut atau pendapat.
11. Beribadah sesuai dengan keyakinan.
12. Bekerja dengan tata cara yang mengandung unsur prestasi.
13. Bermain atau terlibat dalam berbagai kegiatan rekreasi.
14. Belajar mengetahui atau memuaskan rasa penasaran yang menuntun pada perkembangan normal dan kesehatan serta menggunakan fasilitas kesehatan yang tersedia.

Henderson (1964, dalam Potter, 2005) menyebutkan keempat belas kebutuhan dasar manusia diatas dapat diklasifikasikan menjadi empat komponen, yaitu komponen biologis, psikologis, sosiologis dan spiritual. Kebutuhan dasar pada poin 1-9 termasuk komponen kebutuhan biologis. Pada poin 10 dan 14 termasuk komponen kebutuhan psikologis. Lalu pada poin 11 termasuk komponen spiritual. Sedangkan poin 12 dan 13 termasuk komponen kebutuhan sosiologis.

Berdasarkan teori diatas serta judul dari penelitian ini, peneliti hanya menggunakan kebutuhan dasar pada poin 11 yang merupakan komponen spiritual. Spiritualitas, agama, dan *existential concerns* juga menjadi komponen utama *health related quality of life* (HRQOL). Pada HRQOL ini terdapat kuisioner yang berisi

delapan segi spiritualitas, agama, dan keyakinan pribadi (berhubungan dengan spiritual atau kekuatan, arti hidup, kekaguman, keutuhan dan integrasi, kekuatan spiritual, kedamaian batin/ ketenangan/ harmoni, harapan dan optimisme, dan iman) (Krageloh et al., 2015). Koenig et al (dalam Moeini et al, 2016) percaya bahwa spiritualitas dapat mempengaruhi fungsi sosial seseorang dan emosi seseorang serta pada gilirannya juga mempengaruhi sistem kekebalan tubuh dan kelenjar endokrin. Oleh karena itu, keyakinan dan praktik spiritual dikaitkan dengan perilaku sehat, fungsi kekebalan tubuh yang lebih kuat, kondisi kardiovaskular yang lebih baik, dan kehidupan yang lebih panjang. Model keperawatan diatas juga menjelaskan bahwa tugas perawat adalah membantu individu dengan meningkatkan kemandiriannya secepat mungkin serta membantu individu yang sehat maupun sakit melaksanakan berbagai aktivitas guna mendukung kesehatan dan penyembuhan individu (Harmer dan Henderson (1995, dalam Potter, 2005 : 274).

2.2 Konsep Hipertensi

Hipertensi (HTN) adalah faktor resiko utama penyakit jantung (Tailakh et al, 2013). Hipertensi adalah keadaan tekanan darah diastolik lebih dari 90 mmHg dan tekanan sistolik lebih tinggi dari 140 mmHg (Mujahidullah, 2012). Penyakit darah tinggi atau hipertensi ini adalah suatu keadaan seseorang mengalami peningkatan tekanan darah sistolik dan diastolik jauh diatas normal yang dapat diketahui dengan pemeriksaan tekanan darah menggunakan alat pengukur tekanan darah yang biasa disebut *sphygmomanometer* atau juga bisa dengan alat digital lain (Rudianto 2013).

Penyakit tekanan darah ini sering terjadi karena penderita tidak mengetahui bahwa ia mengidap hipertensi sebelum memeriksakan tekanan darahnya atau yang biasa disebut dengan *the silent disease* atau gangguan yang terjadi secara diam-diam (Rudianto, 2013). Penyebab hipertensi sendiri bermacam-macam termasuk kelelahan, faktor keturunan, stres, proses penuaan pada seseorang, serta diet yang tidak seimbang (Mujahidullah, 2012). Tekanan darah yang optimal didefinisikan jika tekanan sistolik kurang dari 120 mmHg dan tekanan diastolik kurang dari 80 mmHg. Sedangkan dikatakan pra hipertensi jika tekanan sistolik lebih dari sama dengan 120 mmHg dan kurang dari 140 mmHg serta tekanan diastolik lebih dari sama dengan 80 mmHg dan kurang dari 90 mmHg. Hipertensi diartikan apabila tekanan sistolik lebih dari sama dengan 140 mmHg dan tekanan diastolik lebih dari sama dengan 90 mmHg (Wu et al, 2015). Tanda dan gejala hipertensi juga bermacam-macam mulai dari sakit kepala yang berkepanjangan, perubahan pada sistem pengelihan, nyeri dada, dan bisa juga mual muntah pada seseorang (Mujahidullah, 2012).

Prevalensi hipertensi di seluruh dunia kian meningkat. Jumlah kasus meningkat dari 600 juta di tahun 1980 menjadi 1 miliar kasus di tahun 2008. Hipertensi sendiri umumnya merupakan gangguan asimtomatik, ini merupakan salah satu faktor resiko utama terjadinya penyakit kardiovaskuler. Hipertensi sendiri mengakibatkan 45% kematian akibat penyakit jantung dan 51% kematian akibat stroke. Komplikasi dari penyakit hipertensi diperkirakan menyebabkan 9,4 juta kematian per tahun dan jika tanpa tindakan lebih lanjut maka jumlah ini akan terus meningkat (Kjeldsen et al, 2014).

Pengklasifikasian hipertensi terdapat dua macam yaitu hipertensi *primary* yang mana merupakan kondisi tekanan darah tinggi sebagai akibat dari gaya hidup dan juga faktor lingkungan individu. Individu yang pola makan tidak terkontrol yang dapat menyebabkan kelebihan berat badan hingga obesitas merupakan pencetus awal terjadinya penyakit tekanan darah tinggi. Seseorang yang berada atau tinggal dalam lingkungan dengan kondisi stressor yang tinggi juga dapat terkena penyakit tekanan darah tinggi termasuk individu yang juga kurang berolahraga dan menggerakkan badan juga bisa meningkatkan resiko hipertensi (Rudianto, 2013). Klasifikasi selanjutnya adalah hipertensi *secondary* yang mana kondisi peningkatan tekanan darah sebagai akibat individu tersebut menderita penyakit lain yang berhubungan dengan kardiovaskuler, gagal ginjal, atau kerusakan sistem hormon tubuh (Rudianto, 2013).

Pengobatan yang efektif untuk mengendalikan tekanan darah sudah tersedia namun tindakan lebih lanjut perlu dilakukan untuk memastikan penggunaannya dimaksimalkan pada kelompok individu yang membutuhkan (Kjeldsen et al, 2014). Penyembuhan dan penanganan hipertensi dapat dibagi menjadi dua golongan (farmakologis dan non farmakologis). Pengobatan farmakologis memiliki beberapa golongan obat hipertensi yang memang pada dasarnya menurunkan tekanan darah dengan cara mempengaruhi kerja jantung dan pembuluh darah (Rudianto, 2013). Pengobatan non farmakologi yang pertama adalah hindari stress, lalu melakukan olahraga yang teratur, dan mengurangi asupan garam (Rudianto, 2013).

2.3 Konsep Lansia

2.3.1 Teori Konseptual Lansia

Aging process (proses penuaan) dalam perjalanan hidup manusia merupakan suatu hal yang wajar, dan akan dialami oleh semua orang yang dikaruniai umur panjang, hanya cepat dan lambatnya proses tersebut tergantung pada masing-masing individu (Mujahidullah, 2012). Proses menua merupakan proses yang terus-menerus (berkelanjutan) secara alamiah yang dimulai sejak manusia lahir sampai tua. Pada usia lansia ini biasanya seseorang akan mengalami kehilangan jaringan otot, susunan syaraf, dan jaringan lain sehingga tubuh akan “mati” sedikit demi sedikit.

2.3.2 Batasan-batasan Lansia

1. Menurut WHO (dalam Mujahidullah, 2012)
 - a. Usia pertengahan (*middle age*) mulai 45-59 tahun.
 - b. Usia lanjut (*elderly*) antara 60-70 tahun.
 - c. Usia lanjut tua (*old*) antara 75-90 tahun.
 - d. Usia sangat tua (*very old*) diatas 90 tahun.
2. Menurut Undang-undang RI No. 13 (1998, dalam Mujahidullah, 2012)

Bahwa usia lanjut adalah seseorang yang telah mencapai usia 60 tahun ke atas.

3. Menurut Departemen Kesehatan (dalam Mujahidullah, 2012 : 4)

Usia lanjut digolongkan menjadi 3 golongan yaitu:

- Kelompok lansia dini (55-64 tahun).

- Kelompok lansia pertengahan (65 tahun ke atas).
- Kelompok lansia dengan resiko tinggi (70 tahun keatas).

2.3.3 Perubahan Yang Terjadi Pada Lansia

1. Perubahan Fisik

a. Sel

Jumlah sel pada lanjut usia semakin sedikit, lalu mekanisme perbaikan sel pada lanjut usia juga mengalami gangguan, serta menurunnya proporsi protein di otak, darah, ginjal serta di hati (Mujahidullah, 2012).

b. Sistem Persyarafan

Pada lanjut usia respon dan waktu dalam bereaksi melambat, serta sensitifitas berkurang terhadap sentuhan (Mujahidullah, 2012).

c. Sistem Pendengaran

Sistem pendengaran pada lanjut usia juga mengalami penurunan atau bahkan hilang kemampuan terhadap bunyi dan suara dan sulit untuk mengerti kata-kata (Mujahidullah, 2012).

d. Sistem Pengelihan

Pada lanjut usia pengelihatannya berkurang terkadang juga hilang respon terhadap cahaya, lanjut usia juga mengalami kekeruhan pada lensa mata, menurunnya daya

membedakan warna antara hijau dan biru, serta lapang pandang pada lanjut usia mengalami penurunan (Mujahidullah, 2012).

e. Sistem Respirasi

Pada usia lanjut kekuatan otot pernapasan mengalami penurunan (Mujahidullah, 2012).

f. Sistem Gastrointestinal

Menurunnya selera makan dan rasa dahaga (haus) pada usia lanjut, mudah mengalami konstipasi dan gangguan pencernaan lainnya (Mujahidullah, 2012).

g. Sistem Integumen

Sistem integument pada lansia juga mengalami penurunan yang cukup drastic sebagai contoh adalah mengeriputya kulit, permukaan yang kasar dan biasanya terdapat sisik, elastisitas kulit menurun, kuku menjadi lebih keras pada usia lanjut serta kelenjar keringat pada lansia berkurang (Mujahidullah, 2012).

2. Perubahan Spiritual

Perubahan spiritual pada lansia bayangan kematian sering mendominasi perasaan lansia, biasanya pada saat lanjut usia seharusnya lebih banyak mendekatkan diri kepada sang Pencipta, serta bersyukur atas segala nikmat yang telah diberikan, selain mendekatkan diri kepada sang Pencipta, seharusnya juga memperbanyak berkumpul dengan keluarga, tetangga, dan juga alam agar bayangan kematian tidak terus mendominasi pikiran dan perasaan lansia (Yusuf et al, 2016).

2.4 Hubungan Kesehatan Spiritual Dengan Hipertensi

Pada penelitian yang dilakukan oleh Moeini et al (2016) menyebutkan kesehatan spiritual adalah faktor yang menunjukkan bagaimana orang bisa menghadapi masalah dan tekanan yang disebabkan oleh penyakit dan sebagai dimensi kesejahteraan spiritual, ia bisa mengintegrasikan dengan berbagai dimensi penyakit. Memperkuat kesehatan spiritual akan memberi lansia kekuatan yang diperlukan untuk berjuang dan beradaptasi dengan masalah kehidupan sehari-hari seperti perubahan kondisi, penyakit, kerugian, dan kematian. Tampaknya begitu mendukung sumber daya spiritual dan keagamaan serta dengan menawarkan pelayanan semacam itu bisa bermanfaat untuk menguatkan kesehatan spiritual dan kemampuan lansia untuk menghadapi dan melawan penyakit. Karena perawatan spiritual dianggap sebagai tugas perawat, mereka diharapkan tidak hanya untuk di pertimbangkan dan memantau kesehatan fisik dan mental lansia tetapi juga untuk memahami dimensi kesehatan spiritual lansia dan lebih memahami kebutuhan mereka. Beberapa penelitian yang telah dilakukan dalam hal ini misalnya Pargament et al (2004 dalam Moeini et al, 2016) menemukan hubungan antara agama dengan teknik adaptasi dan konsekuensi spiritual, bersama dengan kesehatan fisik dan mental lansia yang dirawat di rumah sakit. Delani dan Barer (dalam Moeini et al, 2016) menunjukkan bahwa perawatan spiritual efektif dalam meningkatkan kesehatan spiritual pasien dengan penyakit kardiovaskular.

Penelitian yang dilakukan oleh Buck et al (2009) menyebutkan riset telah menetapkan peran hereditas dan gaya hidup sebagai salah satu penyebab terjadinya hipertensi, namun faktor psikososial, terutama religiusitas, kurang dipahami. Pada

penelitian ini menganalisis hubungan antara berbagai dimensi religiusitas dan tekanan darah sistolik, tekanan darah diastolik, dan hipertensi menggunakan data yang diambil dari *Chicago Community Adult Health Study*, dimana terdapat sampel orang dewasa (N= 3105) berusia 18 tahun dan tinggal di kota Chicago, Amerika Serikat. Variabel religiusitas yang utama diteliti disini, kehadiran dan partisipasi publik atau masyarakat tidak secara signifikan terkait dengan hasil penelitian. Doa dikaitkan dengan kemungkinan penurunan hipertensi, dan spiritualitas dikaitkan dengan penurunan tekanan darah diastolik. Tambahan dari beberapa variabel religiusitas lainnya tampaknya tidak mempengaruhi temuan ini. Namun, Variabel tersebut dikaitkan dengan penurunan hipertensi. Temuan ini menekankan pentingnya menganalisis religiusitas sebagai fenomena multidimensi. Studi ini harus dianggap sebagai yang pertama dan langkah menganalisis secara sistematis hubungan yang kompleks.

Semakin banyak penelitian yang telah menemukan hubungan yang signifikan antara keterlibatan agama dan tekanan darah sehingga individu yang melaporkan tingkat keterlibatan agama yang lebih tinggi memiliki tekanan sistolik lebih rendah, menurunkan tekanan diastolik, dan atau menurunkan resiko hipertensi. Dalam salah satu yang terbaru contohnya Gillum dan Ingram (2006, dalam Buck et al, 2009) menganalisis data dari sampel nasional orang dewasa memeriksa hubungan antara kehadiran acara keagamaan, tekanan darah, dan hipertensi. Setelah menguasai karakteristik sosio demografi dan status kesehatan, hasilnya menunjukkan bahwa dibandingkan dengan mereka yang tidak pernah menghadiri acara keagamaan dengan mereka yang menghadiri acara keagamaan mingguan atau lebih dari mingguan memiliki prevalensi hipertensi yang agak berkurang dan lebih rendah tekanan darahnya. Dengan

menggunakan sampel probabilitas orang dewasa berusia 65 tahun ke atas Koenig (1998 dalam Buck et al, 2009) menemukan bahwa seseorang yang partisipasi lebih sering dalam kegiatan keagamaan (misalnya menghadiri pengajian, berdoa, belajar) secara signifikan memiliki tekanan darah yang lebih rendah.

Dimensi utama religiusitas digambarkan secara langsung dapat mempengaruhi tekanan darah dan hipertensi, namun ada beberapa tambahan dimensi religiusitas yang belum cukup diperhatikan dalam literatur tentang tema ini. Pertama, ada kemungkinan hubungan yang baik antara kehadiran pada kegiatan keagamaan, tekanan darah, dan hipertensi berasal dari kepercayaan individu tentang manfaat spiritual dan sosial. Misalnya, tindakan simbolis dan ritualistik dalam melakukan kegiatan keagamaan dapat berkontribusi terhadap perasaan kedamaian dan pemberdayaan batin (Williams (1994 dalam Buck et al, 2009). "Psikodinamik religius" telah di hipotesiskan untuk mengurangi tekanan darah dan hipertensi (Levin dan Vanderpool (1989 dalam Buck et al, 2009). Sebagai kegiatan antar individu yang berbagi kepercayaan dan nilai, kegiatan keagamaan juga dapat mempromosikan integrasi dan dukungan sosial (Idler (1987 dalam Buck et al, 2009)

Keyakinan dan makna agama juga dapat berperan dalam hubungan keterlibatan agama dan tekanan darah. Keyakinan agama yang kuat bisa memberikan suatu sistem melalui individu yang dapat menafsirkan keadaan dan kejadian yang menyedihkan dan merugikan. Lebih spesifik, keyakinan akan kehidupan akhirat dapat berkontribusi dalam memberikan kenyamanan yang besar (Ellison (1991 dalam Buck et al, 2009) dan pada akhirnya mengurangi risiko hipertensi. Penjelasan lain yang mungkin melibatkan

religiusitas dan tekanan darah adalah sifatnya dan tingkat dukungan sosial yang diterima oleh individu dari keluarga maupun masyarakat. Individu yang secara aktif melakukan kegiatan ibadah dan keagamaan serta spiritual memiliki persepsi yang lebih besar yang mendukung dan bila diperlukan dalam penurunan tekanan darah. Sebagai tambahan, melakukan kegiatan keagamaan dikaitkan dengan tingkat dukungan instrumental dan emosional yang lebih tinggi (Ellison dan George (1994 dalam Buck et al, 2009).

